

JOÃO EDUARDO MARTEN TEIXEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO NO CENTRO
DE SAÚDE DO RIO TAVARES EM FLORIANÓPOLIS, SC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

JOÃO EDUARDO MARTEN TEIXEIRA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO NO CENTRO
DE SAÚDE DO RIO TAVARES EM FLORIANÓPOLIS, SC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Professor Orientador: Prof. Dr. Paulo Fontoura Freitas

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

À minha família

*“...se estou aqui, eu trouxe de lá
um amor tão longe de mentiras,
quero a quem quiser me amar”*

Milton Nascimento

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Edela e Arnon, porque os amo e por todas as oportunidades que me deram para ser feliz.

Aos meus irmãos, pela amizade sincera.

Às minhas lindas sobrinhas Clara e Ana, Ana e Clara.

À minha amada Aline, pelo carinho, companheirismo e amor.

Aos moradores do Rio Tavares.

A todos os funcionários do Centro de Saúde do Rio Tavares.

Aos funcionários Yara, Janice, Onelba e Lucila, sem os quais a coleta de dados seria missão impossível.

Aos colegas Glauco, Gracielle, Gustavo e Luiza, pela enorme ajuda na coleta dos dados. Sem vocês esse estudo seria igualmente missão impossível.

Ao meu orientador, Paulo, pela amizade e dedicação ao seu orientando.

Aos amigos César, Halana, Leo, Nicholas, Vicente, Terue, com quem compartilhei, nesses últimos anos, meu aprendizado na medicina e na vida. “Eu amo vocês”.

À Calôl pela amizade e pela assessoria em *design*.

Ao Milton e ao Paulinho, fontes eternas de inspiração.

RESUMO

Introdução: A avaliação da qualidade em saúde vem apresentando uma importância crescente nas últimas décadas. Ela pode ser realizada através da correlação entre seus três componentes: estrutura, processo e resultado.

Objetivo: Avaliar, sob a perspectiva do usuário do sistema de saúde, a sua evolução dentro do contexto clínico e do tratamento bem como a percepção quanto à qualidade do atendimento recebido em serviço de Atenção Primária à Saúde (APS).

Método: Estudo envolvendo amostra de 61 pacientes que por livre demanda procuraram serviço de APS em Florianópolis, Santa Catarina. Contou com dois instrumentos aplicados em momentos distintos: durante consulta médica e 16 dias após a mesma.

Resultados: Ao correlacionar dados do atendimento e tratamento clínico com aqueles fornecidos pelo paciente após a consulta médica pôde-se constatar que na maioria das vezes houve concordância entre motivo principal da procura, morbidade referida e diagnóstico. Aderência à prescrição médica foi obtida em 22/37 consultas. Houve correspondência entre situação do problema referido e adesão ao tratamento com relação interpessoal entre médico e paciente. Dos pacientes que receberam pedido de exame complementar, 11/19 ainda não o haviam realizado. Na data da entrevista, dos pacientes encaminhados a outros serviços, 11/17 não conseguiram ir ao serviço referenciado. A satisfação com o serviço ambulatorial médico foi alta (90%). Cerca de metade dos pacientes disseram-se insatisfeitos com dificuldade em marcar consulta, atendimento por parte do recepcionista e tempo de espera.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, avaliação da qualidade, satisfação do paciente.

ABSTRACT

Background: The evaluation of health care quality has got great importance in the last decades. It can be made through the correlation between the three quality of care categories: Structure, Process and Outcome.

Objective: Evaluate, under the patient's perspective, its evolution in the clinic and treatment contexts, as well as the perception about quality in a Primary Health Care Unit (PHCU) in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil.

Method: Study involving a sample of 61 patients that for free demand have attended a PHCU. It was conducted using two instruments in distinct moments: during the medical encounter and 16 days after it.

Results: When confronting data from the medical encounter with those reported by the patient 16 days after it, the study found that the concordance between main consultation purpose, diagnose and referred morbidity was common (44/61). Adherence to medical prescription was obtained in 22/37 consultations. There was correspondence among cure or improvement of the problem presented at the ambulatorial service, adherence to prescription and interpersonal relationship. Of those who received diagnostic test ordering, 11/19 have not made it till the interview day. Seventeen patients were sent to another service or to acupuncture, 11 of them did not go to the requested service, mostly because there was no availability at the acupuncture agenda. The satisfaction with the consultation was high (>90%). Nearly half of the patients were dissatisfied with difficulty to settle a medical appointment, interaction with the receptionist and waiting time.

Keywords: Primary Health Care, quality of care assessment, patient satisfaction.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Distribuição por sexo de acordo com faixas etárias..... | 13 |
| Figura 2 – Frequência dos valores do índice de aglomeração pessoas por dormitório..... | 14 |
| Figura 3 – Índice de aglomeração conforme escolaridade..... | 14 |
| Figura 4 – Área de abrangência do CS Rio Tavares: número de usuários por micro-área..... | 15 |
| Figura 5 – Relação entre seguimento da prescrição proposta e relação interpessoal..... | 20 |
| Figura 6 – Situação de encaminhamentos e exames complementares no momento da entrevista..... | 21 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Principais motivos de consulta médica do Centro de Saúde Rio Tavares no ano de 2005..... | 8 |
| Tabela 2 – Motivos de procura mais frequentes nos oito dias consecutivos de atendimento médico do PDA..... | 16 |
| Tabela 3 – Correlação entre o prognóstico esperado pelo estudante e situação do problema dezesseis dias após a consulta médica..... | 19 |
| Tabela 4 – Distribuição de características das consultas no período da pesquisa..... | 19 |
| Tabela 5 – Correlação entre relação interpessoal e situação do problema após a consulta..... | 20 |
| Tabela 6 – Satisfação dos pacientes quanto à recepção e à marcação de consultas..... | 22 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ACS | Agente comunitário de saúde |
| CS | Centro de Saúde |
| CSRT | Centro de Saúde do Rio Tavares |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| PDA | Programa Docente Assistencial |
| PMF | Prefeitura Municipal de Florianópolis |
| PROESF | Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------|-------------|
| FALSA FOLHA DE ROSTO..... | i |
| FOLHA DE ROSTO..... | ii |
| DEDICATÓRIA..... | iii |
| AGRADECIMENTOS..... | iv |
| RESUMO..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| LISTA DE FIGURAS..... | vii |
| LISTA DE TABELAS..... | viii |
| LISTA DE SIGLAS..... | ix |
| SUMÁRIO..... | x |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 1 |
| 1.1 | A concepção sistêmica de Donabedian | 2 |
| 1.2 | Avaliação em saúde e a satisfação do usuário | 3 |
| 1.3 | Avaliação em saúde e o método epidemiológico..... | 5 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 7 |
| 2.1 | Objetivos específicos..... | 7 |
| 3 | METODOLOGIA..... | 8 |
| 3.1 | Delineamento..... | 8 |
| 3.2 | Local..... | 8 |
| 3.3 | População e amostra..... | 10 |
| 3.4 | Coleta dos dados..... | 11 |
| 3.5 | Análise Estatística..... | 12 |
| 3.6 | Aspectos Éticos..... | 12 |
| 4 | RESULTADOS..... | 13 |
| 4.1 | Variáveis sócio-demográficas..... | 13 |
| 4.2 | Variáveis clínicas e do atendimento..... | 16 |
| 4.3 | Variáveis de satisfação..... | 21 |
| 5 | DISCUSSÃO..... | 23 |
| 5.1 | Considerações finais..... | 27 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | CONCLUSÃO..... | 29 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 30 |
| | NORMAS ADOTADAS..... | 32 |
| | ANEXOS..... | 33 |

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, quando trata da saúde, em seus artigos 196 a 200, promoveu uma verdadeira revolução na matéria, criando um novo sistema de saúde pública no país.¹ Este documento determina que a saúde seja direito de todos e dever do Estado, garantindo através de políticas sociais e econômicas, que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, além do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo de serviços assistenciais e participação da comunidade.¹

Dentro das premissas citadas, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, e as diversas entidades participantes do movimento de reforma do modelo de atenção à saúde, deram relevância à Atenção Básica à Saúde.²

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica pauta-se na integralidade das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação à saúde, assumindo um importante papel na organização do sistema de saúde do Brasil. Desenvolve-se por meio de processos de trabalho em equipe interdisciplinares, democráticos e participativos, com utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Seu objeto de trabalho é considerado na dimensão coletiva e na singularidade do sujeito, tendo por finalidade a resolubilidade dos problemas de saúde da população mais frequentes e relevantes.²

Com o aumento do número de Centros de Saúde junto à população, surge a importância da avaliação da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos mesmos. Esta importância foi afirmada pelo Governo Federal através do acordo com o Banco Mundial para a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), viabilizando o início do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que visa dentre outras ações, o fortalecimento de sistemas de monitoramento e avaliação da Atenção Básica.²

A avaliação em saúde vem apresentando uma importância crescente nas últimas décadas, possivelmente em decorrência da incorporação contínua, pelo trabalho médico, de novas tecnologias, e também pela ampliação e crescente complexidade dos serviços médicos.³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1989), a avaliação é definida como “um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para melhoria das atividades realizadas e para o desenvolvimento de um planejamento mais satisfatório, mediante uma seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura”.³

Assim, a avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações.⁴

A avaliação da Atenção à Saúde envolve a definição de seus objetivos, o monitoramento das contribuições do serviço, a mensuração da extensão dos resultados esperados e alcançados, e também visa acessar possíveis más consequências da intervenção realizada.⁵

1.1 A Concepção Sistêmica de Donabedian:

Avedis Donabedian é o autor responsável por diversos estudos visando o estabelecimento de critérios e conceitos acerca da avaliação dos serviços da saúde. Esse autor afirma que a avaliação de um serviço de saúde comporta sempre quatro dimensões. A primeira abrange o desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente e o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o usuário e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.⁶

Em segundo lugar, a avaliação de um serviço de saúde comporta variáveis que dizem respeito ao que Donabedian (1988) chamou de amenidades. Estes são atributos desejáveis presentes no momento em que o serviço é prestado. Elas incluem conveniência, conforto, silêncio, privacidade.⁶

A terceira esfera comporta a avaliação das contribuições relativas aos pacientes. Aqui existe a preocupação em julgar o cuidado como ele realmente se deu. A responsabilidade, agora, é compartilhada entre profissional e usuário. Por fim, uma quarta esfera, sobre a qual se faz reflexão acerca do cuidado recebido pela comunidade como um todo, onde cabe a análise da distribuição social de níveis de qualidade da atenção.⁶

O mesmo autor propôs uma abordagem da avaliação com enfoque sistêmico. Esta proposta avaliativa é conhecida como a concepção sistêmica de Donabedian (1980).⁶ Segundo este autor, a avaliação da qualidade da atenção à saúde pode ser realizada tendo em vista seus três componentes: Estrutura, Processo e Resultado.⁶

O componente Estrutura corresponde aos recursos existentes para a execução dos serviços. Esses recursos são: recursos físicos, como planta física, equipamentos e materiais de consumo; recursos humanos, compreendendo número e qualificação dos mesmos; fontes e

recursos financeiros para manutenção da infra-estrutura e da tecnologia disponível. Este último engloba o conhecimento disponível e organizado como processo de trabalho, que viabilize a otimização da utilização dos recursos disponíveis na Estrutura.³ Portanto, na avaliação da estrutura, busca-se verificar se ela oferece a possibilidade de alcançar objetivos pré-estabelecidos.⁷

O componente Processo corresponde aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos pacientes⁸ e busca saber em que medida os serviços são adequados para se alcançar os resultados desejados.⁷ Pode ter caráter técnico, quando esta avaliação tem relação com a qualidade dos serviços prestados; pode ser das relações interpessoais, quando se refere à relação interpessoal dos clientes e produtores do cuidado; por fim, a avaliação de processo pode ter caráter organizacional, quando diz respeito a questões como acessibilidade, extensão da cobertura, entre outros.⁷

O componente Resultado refere-se aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde, que modificaram a situação de saúde dos usuários ou da comunidade.⁶ Levando em conta que situações de saúde se modificam devido a outros fatores sociais, é necessário o conhecimento prévio da situação para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção objeto da avaliação.³ Em resumo, o Resultado refere-se ao estado de saúde do paciente ou da comunidade resultante da interação com o serviço de saúde.⁸

Enquanto os estudos de Estrutura se desenvolvem, fundamentalmente, nos níveis institucionais e dos sistemas de atenção à saúde, os estudos de Processo e Resultado podem ter como referência o indivíduo, grupos de usuários ou toda uma população.⁹

A separação utilizada por Donabedian (1980-1990) de indicadores de Estrutura, Processo e Resultado desenvolveu os pressupostos conceituais da chamada avaliação de qualidade. Essa tipologia possui algumas desvantagens, próprias do modelo sistêmico em que se inspira, por compartimentar fenômenos que não são separados na realidade concreta. No entanto, a vantagem é que esse modelo permite uma classificação didática dos indicadores e a busca das relações entre Estrutura / Processo / Resultado, que consiste na real avaliação de serviços, sistemas ou programas.⁴

1.3 Avaliação em Saúde e a satisfação do Usuário

Nos últimos 25 anos, tem-se dado grande relevância à inclusão das opiniões de usuários dos sistemas de saúde em estudos de avaliação da qualidade da Atenção à Saúde.⁵

Há, portanto, um reconhecimento por parte dos profissionais da necessidade de avaliar os serviços sob o ponto de vista do paciente.^{5, 10}

A mensuração da satisfação do usuário preenche diversas funções. Sitzia e Wood⁵ (1997) destacam três funções básicas para estes estudos: (1) descrever o serviço de Atenção à Saúde sob a ótica do usuário; (2) avaliar a categoria Processo, contribuindo para isolar e analisar áreas-problema e gerar idéias para possíveis soluções de um problema destacado; (3) avaliação continuada de um serviço de Atenção à Saúde.

Donabedian (1988) considera a satisfação não só como um dos resultados esperados da atenção à saúde, mas também como um elemento do estado de saúde do paciente. Segundo este autor, é fútil discutir sobre a validade da satisfação como critério de avaliação da qualidade. Sejam quais forem suas limitações como um indicador de qualidade, a informação sobre a satisfação do paciente deve ser tão indispensável à avaliação da qualidade quanto ao planejamento de um sistema de saúde.⁶

O conceito de satisfação tem sido discutido com frequência, mas não há consenso a este respeito. Pode-se, contudo, identificar as variáveis relacionadas ao termo satisfação. Sitzia e Wood⁵ (1997), através da análise de inquéritos populacionais de satisfação, dividiram essas variáveis em dois grupos. O primeiro seria a dos fatores determinantes da satisfação, os quais compreendem as variáveis relativas ao paciente. O segundo grupo de variáveis - componentes da satisfação – são aquelas relativas à atenção à saúde.⁵

São citados como determinantes da satisfação: (1) a percepção individual do que ocorreu ao procurar o serviço de saúde; (2) o valor, ou seja, a avaliação, em termos de “bom” ou “mau”, de um aspecto do encontro com o serviço de saúde; (3) as expectativas do paciente.⁵

Os componentes da satisfação são apresentados em oito categorias:⁵

- Comportamento interpessoal: modo como os provedores do serviço interagem com o usuário (p.ex. respeito, cortesia, empatia);
- Qualidade técnica da atenção: competência dos provedores e aderência a bons padrões de diagnóstico e tratamento;
- Acessibilidade/Conveniência: fatores envolvidos com a facilidade em interagir com o serviço (p.ex. tempo de espera, distancia);
- Eficácia/Resultados;
- Continuidade/Assiduidade;
- Estrutura física;

- Disponibilidade de recursos e profissionais;
- Informação ao paciente.

1.4 Avaliação em Saúde e o método epidemiológico

A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano da atenção. Essas são essenciais para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.¹¹

A necessidade de avaliação em saúde vem aumentando a necessidade de incorporação do método epidemiológico, tanto no processo de avaliação de tecnologias como no de análise de desempenho dos serviços de saúde.³

Neste sentido, conhecer o perfil de morbidade de uma dada população é essencial para o planejamento em saúde. Se as doenças que mais acometem uma população são conhecidas, pode-se trabalhar mais eficazmente no seu controle e combate, bem como priorizar investigações que identifiquem fatores de risco, o que é vital para as ações de prevenção e promoção da saúde.¹²

A opção mais adequada para caracterizar o perfil de morbidade é a realização de inquéritos de base populacional. Com isso, podem ser identificadas todas as necessidades em saúde, incluindo aquelas que não demandaram por um atendimento e, entre as que demandaram quais, como e onde foram atendidas. Entretanto, isto nem sempre é possível, exigindo recursos humanos e financeiros de relativa magnitude.¹²

Uma alternativa bastante utilizada são os chamados estudos de demanda. Estes podem fornecer informações sobre a morbidade daquela parcela da população que busca por algum tipo de serviço em uma unidade de saúde. Contudo, é importante lembrar que tais informações podem apenas ser consideradas como indicadores indiretos de morbidade, uma vez que a utilização de um serviço de saúde é influenciada por muitos fatores.¹³

Radaelli *et al*, 1990, ressalta que estudar o conteúdo fundamental da prática médica, no marco da assistência primária a saúde em unidades sanitárias que prestam serviços neste nível, é hoje uma tarefa que se impõe. Planejar, programar, treinar, avaliar e retro alimentar, nos serviços de saúde, fazem parte de um processo que necessita espelhar-se em dados concretos da realidade.¹³

Dentro desta lógica, inúmeros estudos têm sido realizados, em diferentes países, com o objetivo de avaliar a demanda dos serviços de Atenção Primária.^{3, 13-16} Em âmbito internacional existem muitos estudos visando abordar a avaliação qualitativa desses serviços

sob o ponto de vista dos pacientes, especialmente com base na avaliação da satisfação dos mesmos.^{5, 10, 17, 18} No Brasil existem poucos estudos de avaliação da qualidade de serviços de saúde sob a perspectiva do paciente⁸, motivo pelo qual este estudo obtém relevância já que visa avaliar a qualidade do serviço ambulatorial em uma Unidade Básica de Saúde buscando no usuário informações sobre o serviço prestado.

2. OBJETIVO

Avaliar, sob a perspectiva do usuário do sistema de saúde, a sua evolução dentro do contexto clínico e do tratamento bem como a percepção quanto à qualidade do atendimento recebido, tomando como base a população servida pelo Centro de Saúde do Rio Tavares (CSRT) no município de Florianópolis, Santa Catarina.

2.1 Objetivos Específicos

Correlacionar dados do atendimento e tratamento clínico com aqueles fornecidos pelo paciente, referentes ao motivo da procura, prescrição de medicamentos, acesso e adesão ao tratamento medicamentoso, solicitação de exames complementares, encaminhamento para outros profissionais, procura por outros serviços e satisfação com o serviço prestado pelo Centro de Saúde.

Retro-alimentar os integrantes do Programa Docente Assistencial (PDA)ⁱ com informações acerca da resolução do problema que motivou a consulta médica e contribuir com a melhoria dos serviços prestados à população.

Aprofundar o tema avaliação da qualidade na Atenção Primária à Saúde, contribuindo para divulgá-lo como uma forma de orientar o planejamento da Atenção Primária à Saúde.

ⁱ O Programa Docente Assistencial (PDA) é um programa desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) que visa integrar os estudantes de diferentes áreas da saúde, incluindo a medicina, desde o início do curso de graduação, à Atenção Primária à Saúde, possibilitando ao aluno observar a realidade da população fora dos muros da Universidade, além de inseri-lo nas diversas atividades realizadas pelos Centros de Saúde municipais participantes.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento

Trata-se de um estudo observacional com delineamento misto. Transversal na coleta de dados ambulatoriais e prospectivo na avaliação da evolução clínica e do tratamento pós-consulta médica.

3.2 Local

A instituição utilizada para a coleta dos dados deste estudo foi o Centro de Saúde do Rio Tavares, o qual faz parte da rede de assistência primária à saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina. A área de abrangência desta Unidade Local de Saúde cobre uma população em torno de 5.800 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2004.¹⁹ O cadastramento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) revelou a presença de 3.150 domicílios e, no ano de 2006, a estimativa é de que existam em torno de 8.000 potenciais usuários do CSRT. Entre janeiro e outubro de 2005, a unidade apresentou uma demanda mensal média de cerca de 580 consultas.¹⁹ A Tabela 1 apresenta os principais motivos de consulta no período de um ano.

Tabela 1: Principais motivos de consulta médica do Centro de Saúde Rio Tavares no ano de 2005

| Motivos de procura | N | % |
|--|----------|----------|
| Puericultura | 474 | 18% |
| Hipertensão essencial | 461 | 17% |
| Infecção aguda de vias aéreas superiores | 432 | 16% |
| Dor em membro | 417 | 15% |
| Supervisão de gravidez normal | 197 | 7% |
| Ciática | 192 | 7% |
| Ansiedade generalizada | 114 | 4% |
| Dorsalgia | 79 | 3% |
| Diabetes Mellitus | 75 | 3% |
| Outros | 272 | 10% |

FONTE: PMF 2005

Esta unidade de saúde é atendida pelo Programa Docente Assistencial. Os serviços prestados pela unidade à população abrangem desde procedimentos preventivos, especialmente na área da saúde materno-infantil (vacinas, teste do pezinho, Programa Capital Criança, monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico) até o atendimento de pacientes com problemas agudos e crônicos. Também funciona, em área anexa ao Centro de Saúde (CS), um serviço de acupuntura que tem como responsável o médico preceptor do PDA no CS Rio Tavares.¹⁹

O CSRT conta uma área de cerca de 150m². O espaço é alugado pela Prefeitura Municipal de Florianópolis e pertence à Igreja Católica local. Já a sala utilizada para acupuntura encontra-se cedida pela mesma instituição. O Centro de Saúde conta com 23 funcionários:

- Coordenador: responsável pela coordenação, marcação de consultas e, ocasionalmente, serviços relativos à sua profissão de enfermeira;
- 2 técnicos administrativos (30 horas): responsáveis pela recepção em turnos diferentes;
- Estagiário administrativo (20 horas): também responsável pela recepção;
- Enfermeira do PSF;
- 9 Agentes Comunitários de Saúde;
- 3 técnicos de enfermagem;
- Médicos: são dois médicos do PSF (40 horas), o preceptor do PDA e um pediatra, os dois últimos trabalham meio turno;
- Dentista;
- Auxiliar de consultório dentário;
- Auxiliar de serviços gerais.

Com relação às vagas para consultas médicas, é estabelecido um total de 11 por período para o PDA. Destas, 5 são disponíveis para agendamento prévio e as 6 restantes são preenchidas pelo acolhimentoⁱⁱ. O agendamento de consultas é realizado quinzenalmente, na primeira e terceira segundas-feiras do mês. Quanto ao acolhimento, os pacientes que desejam

ⁱⁱ O acolhimento, em teoria, consiste na consulta de pacientes que apresentam problemas agudos e pontuais, com necessidade de pronto-atendimento.

ocupar estas vagas devem chegar logo após a abertura das portas do CSRT, no dia em que desejam ser atendidos e elas são preenchidas pelos seis primeiros usuários a solicitarem-nas. Geralmente, existem vagas de consulta preestabelecidas para gestantes, crianças e pessoas acima de 60 anos, os quais podem realizar a marcação da consulta pelo telefone. Os demais devem comparecer ao CSRT nos dias descritos acima. Caso as vagas de consulta não sejam preenchidas, elas reverterem para o acolhimento.

Quando o paciente é encaminhado para outro serviço, ele deve deixar o encaminhamento na recepção e, no dia seguinte a coordenadora do CSRT entra com o nome do usuário na lista de espera da central de marcação de consultas. A confirmação da data é feita por contato telefônico ou através do ACS.

A marcação de exames complementares dá-se da mesma forma, contudo o paciente deve informar-se sobre a situação do agendamento, já que neste caso o CS não faz o contato telefônico. Os exames complementares solicitados no período final de um mês têm mais dificuldades em serem agendados devido ao vencimento das cotas referentes ao município. Alguns exames, como a ultrassonografia, têm cotas em menor número, dificultando sua marcação.

Em caso de encaminhamento para acupuntura, o agendamento é realizado uma vez ao mês. Existem cerca de 50 vagas disponíveis para este serviço.

3.3 População e amostra

De um total de 91 pacientes originalmente selecionados através de amostragem sequencial, 72 (79%) pertenciam à área de abrangência do CS Rio Tavares. Destes, puderam ser localizados 61 (84%). Dos 11 pacientes que não foram localizados, 10 possuíam informações de endereço incompletas nos registros do Centro de Saúde e não se logrou detectar os endereços através das informações de moradores e de funcionários do CS Rio Tavares. Um paciente negou-se a participar da pesquisa. Por fim, a mesma contou com 61 pacientes.

A amostra foi obtida por conveniência, incluindo na pesquisa os pacientes que por livre demanda procuraram o serviço citado durante 8 dias consecutivos de atendimento médico realizado pela equipe do PDA.

3.4 Coleta dos dados

Os dados apresentados neste estudo foram obtidos através de dois instrumentos aplicados em momentos distintos (ver Anexos I e II). O primeiro, um protocolo, foi preenchido pelos estudantes de medicina do PDA contendo dados da consulta médica. As variáveis obtidas neste primeiro momento buscavam dados relativos ao motivo principal da procura, diagnóstico provável, prescrição de medicamentos ou remédios, solicitação de exames complementares, encaminhamento para outra especialidade ou serviço de saúde e prognóstico esperado pelo estudante. O formulário também continha uma escala de 0 a 10 que buscava, após cada consulta, medir de que forma (satisfatória ou não) se deu a relação interpessoal do estudante de medicina com o paciente, um dos componentes chave do Processo, conforme Donabedian (1988).⁶

A partir dos dados de registro do serviço citado anteriormente, foram coletadas as informações de endereço dos participantes. Em cerca de metade dos prontuários a informação era incompleta. Neste caso, a próxima etapa foi buscar as informações com os funcionários do CSRT. Frustrada esta alternativa era necessário, quando de posse do nome da rua, empreender uma tarefa árdua com o objetivo de descobrir o paradeiro de alguns pacientes.

A seguir, um questionário especialmente delineado para a pesquisa foi aplicado, em entrevistas individuais, aos usuários do Centro de Saúde ou responsáveis legais, no caso de pacientes em faixa etária pediátrica. As entrevistas foram realizadas no domicílio dos pacientes, pelo acadêmico responsável por esta pesquisa, num período de 13 a 22 dias (média de 16 dias) após o atendimento médico efetuado pelos membros da equipe do Programa Docente Assistencial responsáveis pelo Centro de Saúde do Rio Tavares. Nesta etapa foram coletadas informações referentes às características sócio-demográficas do entrevistado, e também dados relacionados ao atendimento médico. Neste caso, a entrevista contemplou parâmetros como: satisfação com o serviço prestado, situação do problema apresentado quinze dias antes, acesso e adesão ao tratamento proposto, procura por outros serviços médicos e situação do encaminhamento e do pedido de exame complementar.

As variáveis de satisfação do paciente com o serviço prestado foram adaptadas de Kloetzel *et al.* (1998)²⁰ e foram obtidas através da leitura de 10 afirmações. Após cada afirmação, era solicitado ao paciente responder se concordava ou não com a frase dita. As sentenças deram enfoque a três áreas específicas: marcação de consulta (1 frase), recepção (2 frases) e atendimento médico (7 frases). No anexo II listam-se as 11 frases do questionário de satisfação aplicado.

3.5 Análise dos dados

Os dados colhidos foram tabulados no programa Epi-Data 3.0 e submetidos à análise estatística nos programas Epi-Info 6.04, Epi-Data Analysis e Excel XP. Para associações entre variáveis foi utilizado o teste do qui-quadrado e, quando os números obtidos em qualquer célula eram menores do que 5, o teste exato de Fischer.

Para a análise da adesão ao tratamento e da compreensão (entre estudante, médico e paciente) sobre as informações fornecidas durante a consulta médica acerca de diagnóstico do problema, os pacientes foram divididos nas três categorias listadas abaixo:

- A. Processos em que houve concordância do motivo da procura e diagnóstico (momento 1) com morbidade referida (momento 2);
- B. Processos em que houve concordância do motivo da procura e diagnóstico (momento 1) com morbidade referida (momento 2) porém não houve adesão ao tratamento proposto;
- C. Processos em que não houve correlação entre motivo da procura, morbidade referida e diagnóstico.

3.6 Aspectos éticos

A participação neste estudo foi voluntária. Os participantes tinham o direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Não foram oferecidas vantagens ou compensações aos participantes. O estudo não apresentava riscos aos participantes uma vez que os procedimentos realizados (entrevistas) não alteraram a evolução clínica dos pacientes. As informações obtidas foram tratadas como de caráter confidencial e o consentimento livre e esclarecido foi solicitado antes de cada entrevista. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e obteve parecer favorável, sendo aprovado sob o número 093/2006.

4. RESULTADOS

4.1 Variáveis sócio-demográficas:

Os pacientes pertencentes à amostra estudada eram, em sua maioria, do sexo feminino (70,49%). A média de idade foi de 32 anos com desvio padrão de 19,12. A relação entre faixas etárias e sexo pode ser visualizada na Figura 1.

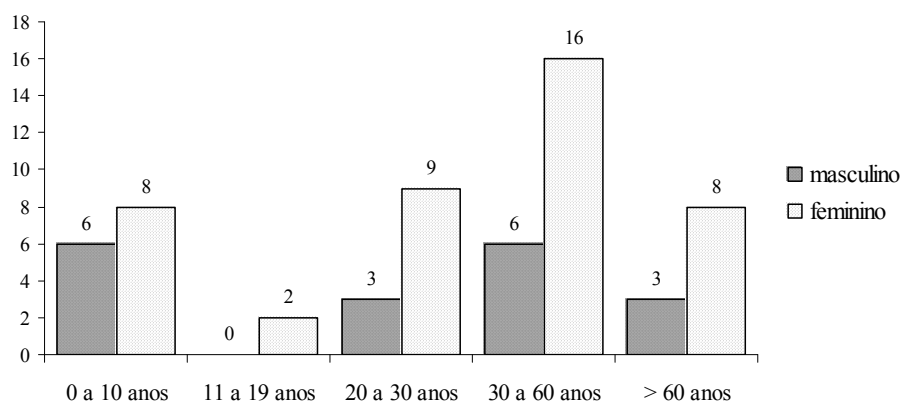


Figura 1 – Distribuição por sexo de acordo com faixas etárias

O sexo feminino predominou em todas as faixas etárias, especialmente em idade acima dos 20 anos.

A escolaridade e o índice de aglomeraçãoⁱⁱⁱ foram utilizados como indicadores do nível sócio-econômico dos participantes. Destes, 33 (54,1%) cursaram o ensino fundamental, 22 (36,07%) o ensino médio e 3 o ensino superior. Três não possuíam estudo.

A média do índice de aglomeração foi de 1,92 pessoas por dormitório, com desvio padrão de 0,727. Trinta e quatro (55,7%) usuários vivem em condições onde o índice apresenta-se menor que 2 e 27 (44,3%) deles vivem em domicílios com índice maior em relação ao mesmo ponto de corte. A Figura 2 mostra a frequência dos valores relativos ao índice de aglomeração pessoas por dormitório.

ⁱⁱⁱ Índice obtido através da divisão do número de moradores de um domicílio pelo número de cômodos destinados à função de dormitório.

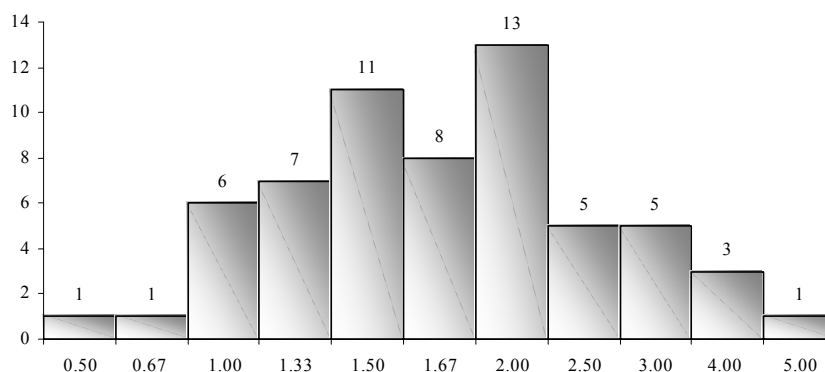


Figura 2 – Frequência dos valores do índice de aglomeração pessoas por dormitório

A Figura 3 mostra a associação entre índice de aglomeração e escolaridade.

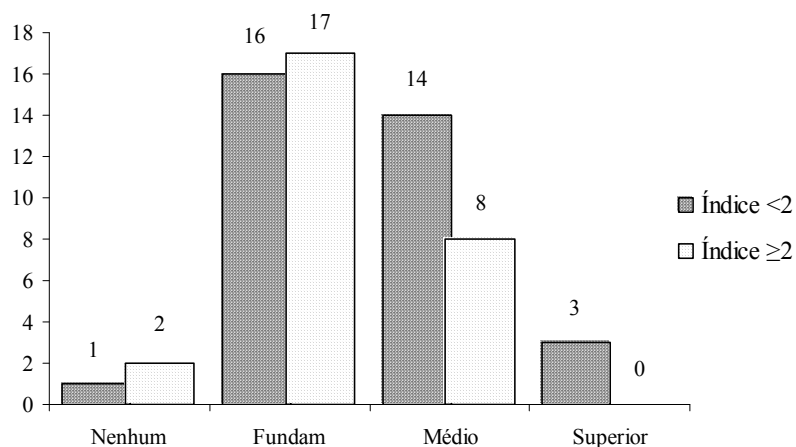


Figura 3 – Relação entre índice de aglomeração e escolaridade

As pessoas que cursaram nível médio ou superior obtiveram maior porcentagem de índices de aglomeração inferiores a duas pessoas por dormitório.

Quanto à variável tempo dispendido do domicílio até o CSRT, nenhum paciente declarou levar mais de 30 minutos para chegar ao Centro de Saúde a partir de sua casa. Trinta e sete (60,66%) deles levam de 6 a 15 minutos, 13 (21,31%) necessitam menos de 5 minutos para vencer o trajeto e 11 (18,03%) levam de 16 a 30 minutos para cumprir o mesmo objetivo. A maioria das pessoas (N=40 / 65,57%) vai a pé até o CS. Doze pessoas (19,67%) utilizam carro e 9 (14,75%) utilizam o transporte público.

A Figura 4 mostra o mapa esquemático da área de abrangência do CSRT e o número de pessoas provenientes das diferentes micro-áreas.

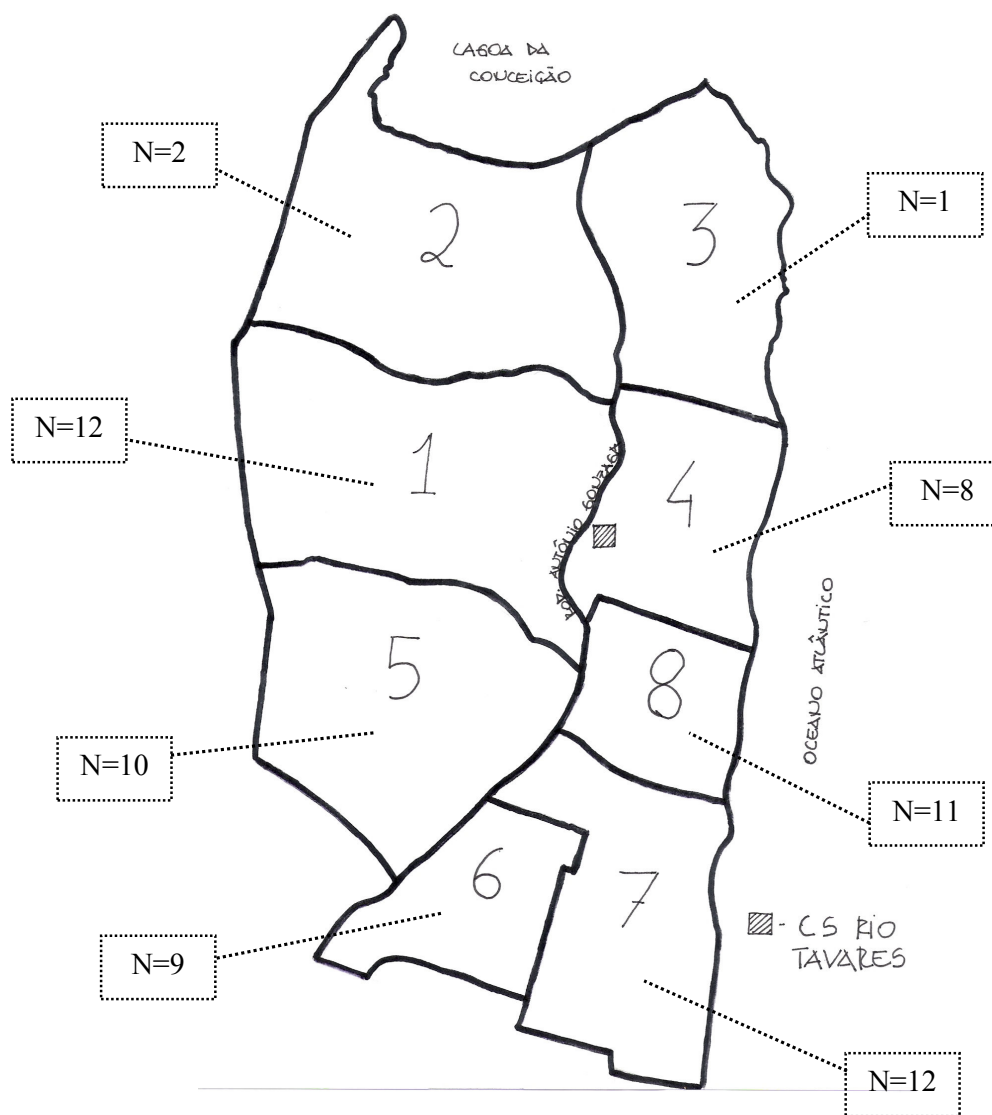


Figura 4 – Área de abrangência do CS Rio Tavares: número de usuários por micro-área

Como visto na Figura 4, com exceção das micro-áreas 2 e 3, não houve grande diferença de procura pelo serviço entre as micro-áreas. Mesmo aquelas mais distantes do CS contribuíram com número similar de usuários se comparado com zonas mais próximas.

4.2 Variáveis clínicas e do atendimento

Os motivos de procura e diagnósticos fornecidos variaram bastante, já que grande parte dos diagnósticos (N=22 / 37%) apareceram uma só vez. Na Tabela 2 podemos observar os motivos de procura mais freqüentes.

Tabela 2: Motivos de procura mais freqüentes nos oito dias consecutivos de atendimento médico do PDA

| | |
|--|----|
| Infecção aguda de vias aéreas superiores | 10 |
| Problemas osteo-musculares crônicos | 7 |
| Supervisão de gestação normal | 5 |
| Puericultura | 5 |
| Diagnóstico indefinido | 4 |
| Dor em membro | 3 |
| Micose de pele | 3 |
| Supervisão de puerpério | 2 |
| Outros | 22 |

Como citado anteriormente no método, para a análise da adesão ao tratamento e da compreensão (entre estudante, médico e paciente) sobre as informações fornecidas durante a consulta médica acerca de diagnóstico do problema, os pacientes foram divididos em três categorias.

- A. Processos em que houve concordância do motivo da procura e diagnóstico (momento 1) com morbidade referida (momento 2);
- B. Processos em que houve concordância do motivo da procura e diagnóstico (momento 1) com morbidade referida (momento 2) porém não houve adesão ao tratamento proposto;
- C. Processos em que não houve correlação entre motivo da procura, morbidade referida e diagnóstico.

Ao grupo A pertencem 44 (72,1%) pacientes, sendo que 22 deles relataram cura ou melhora do problema e 21 referiram situação igual àquela anterior à consulta. Desses últimos, 10 possuíam como motivo de procura condições em que a permanência do quadro clínico é satisfatória (p.ex. puericultura, acompanhamento pré-natal e controle de saúde), 7 eram portadores de doença crônica, 3 necessitavam da avaliação de especialista e um deles possuía

doença infecciosa aguda e não notou diferença em seu estado. A única piora ocorreu em um paciente portador de asma brônquica.

No grupo B encontram-se 11 (18%) pacientes. Das 9 pessoas que relataram cura ou melhora, 6 delas mudaram a prescrição por conta própria e 2 seguiram o restante da prescrição mas como não possuíam o aparelho nebulizador em casa desistiram desta etapa do tratamento. Um paciente utilizou fitoterápico de forma irregular. Duas pessoas relataram situação atual igual àquela anterior à consulta e a mudança na prescrição ocorreu após a procura de consulta particular.

A seguir encontram-se os pacientes pertencentes ao grupo C junto a um breve relato sobre a consulta médica e resolução do problema que a motivou:

●**Paciente 1:** 71 anos, procurou o serviço com a queixa de disúria, sendo constatada infecção do trato urinário, contudo a paciente referiu não saber exatamente a morbidade diagnosticada na consulta. O tratamento proposto foi a antibioticoterapia com duração de 10 dias. Contudo, a utilização da medicação fez-se durante a metade do tempo, pois quando o paciente deixou de sentir o sintoma referido acima, parou com o uso do medicamento. No momento da entrevista foi referida resolução do problema, o prognóstico esperado pelo estudante era cura e a relação interpessoal foi atribuída pelo mesmo como regular.

●**Paciente 2:** 58 anos, portador de Diabetes Mellitus tipo 2, compareceu ao serviço pois relatou sentir tontura e a queixa principal interpretada pelo estudante foi renovação de receita médica. Apesar da morbidade referida ter sido igual ao diagnóstico dado, o entendimento sobre sua doença não parece ser completo já que toma as medicações de forma irregular, relatando que, em períodos em que se sente bem, deixa de utilizar a medicação prescrita. No momento da entrevista foi referida melhora do problema, o prognóstico esperado pelo estudante era melhora e a relação interpessoal foi atribuída pelo mesmo como boa.

●**Paciente 3:** 40 anos. O diagnóstico referido pelo estudante de medicina foi lombalgia e a morbidade referida foi litíase renal, este diagnóstico fora obtido em consulta particular em momento anterior àquele da consulta no CSRT. Utilizava a medicação prescrita (vitaminas do complexo B, um comprimido ao dia) durante os períodos em que a dor era mais intensa, relatando melhora do sintoma quando fazia uso da medicação. No momento da entrevista foi referida permanência do problema, o estudante considerou o prognóstico imprevisível e a relação interpessoal foi referida pelo estudante como ruim.

- **Paciente 4:** 5 anos. O diagnóstico referido pelo estudante de medicina foi infecção aguda de vias aéreas superiores e a morbidade referida pela mãe da criança foi bronquiolite. Este diagnóstico fora obtido em consulta na emergência em momento anterior àquele da consulta no CSRT. A mãe ofereceu à criança as medicações prescritas no formato proposto com exceção da nebulização, a qual não foi realizada, pois o paciente não possuía o aparelho em casa. No momento da entrevista foi referida permanência do problema, o prognóstico esperado pelo estudante era cura e a relação interpessoal foi referida pelo mesmo como ruim.
- **Paciente 5:** 42 anos. O diagnóstico referido pelo estudante de medicina foi infecção aguda de vias aéreas superiores e a morbidade referida pelo paciente foi rinite alérgica. Utilizou as medicações prescritas no formato proposto com exceção da nebulização, a qual não foi realizada, pois o paciente não julgou necessária. No momento da entrevista foi referido melhora do problema, o prognóstico esperado pelo estudante era melhora e a relação interpessoal foi referida pelo estudante como ruim.
- **Paciente 6:** 44 anos. O diagnóstico referido pelo estudante de medicina foi de dislipidemia e a morbidade referida pelo paciente foi gota. Provavelmente as morbidades coexistem já que o diagnóstico de gota foi obtido no mesmo serviço. Utilizou dois dos fitoterápicos prescritos, porém um deles não foi encontrado pelo paciente na comunidade (erva mata-pasto). No momento da entrevista foi referido melhora do problema, o prognóstico esperado pelo estudante era melhora e a relação interpessoal foi referida pelo mesmo como boa.
- **Paciente 7:** 2 anos. O diagnóstico referido pelo estudante de medicina foi infecção aguda de vias aéreas superiores e a morbidade referida pela mãe da criança foi estomatite. Este diagnóstico fora obtido em consulta na emergência após a consulta no CSRT. A mãe ofereceu à criança as medicações prescritas no formato proposto (não houve alteração da prescrição na emergência). No momento da entrevista foi referida resolução do problema, o prognóstico esperado pelo estudante era melhora e a relação interpessoal foi referida pelo estudante como boa.

Quanto ao prognóstico esperado, em 45,9% (28) das vezes o estudante de medicina responsável pela consulta acreditou que o paciente iria melhorar. A cura era esperada em 18

(29,5%) usuários e o prognóstico imprevisível foi relatado 15 (24,6%) vezes. Nenhum estudante optou pela piora ou pela impossibilidade de modificação como prognóstico.

Quinze dias após o atendimento médico, 12 (19,7%) pacientes relataram que seu problema estava resolvido, 23 (37,7%) sentiam-se melhores, 25 (41%) descreveram que sua situação não havia mudado e somente um paciente (1,6%) disse estar pior.

A Tabela 3 mostra a correlação, na amostra completa, entre prognóstico esperado pelo estudante no dia da consulta e situação do problema que motivou a consulta médica.

Tabela 3 - Correlação entre o prognóstico esperado pelo estudante e situação do problema dezesseis dias após a consulta médica

| Prognóstico esperado | Situação do problema após consulta médica | | | |
|----------------------|---|------------|-----------|----------|
| | Resolvido (%) | Melhor (%) | Igual (%) | Pior (%) |
| Cura | 6 (33,3) | 6 (33,3) | 6 (33,3) | |
| Melhora | 6 (21,4) | 12 (42,9) | 10 (35,7) | |
| Imprevisível | | 5 (33,3) | 9 (60,0) | 1 (6,7) |
| Total | 12 (19,7) | 23 (37,7) | 25 (41,0) | 1 (1,6) |

Quanto à medicação prescrita, 56 medicamentos foram utilizados pelos pacientes, 45 deles foram obtidos no CSRT, 6 comprados em farmácia e 5 fitoterápicos foram adquiridos na comunidade. A Tabela 4 mostra o número de consultas que resultaram em prescrição de medicamentos ou remédios, pedidos exames complementares e encaminhamento para outro serviço ou para acupuntura. Em 12 (19,7%) consultas houve colocação de sementes.^{iv}

Tabela 4 - Distribuição de características das consultas no período da pesquisa

| Característica | Porcentagem | N |
|--|-------------|----|
| Prescrição de medicamentos ou remédios | 60,6% | 37 |
| Solicitação de exames complementares | 31,1% | 19 |
| Encaminhamento para acupuntura | 16,3% | 10 |
| Encaminhamento para outro profissional | 11,4% | 7 |

^{iv} As sementes são utilizadas na prática da acupuntura e servem para estimulação de pontos específicos do corpo relacionados ao tratamento da condição referida pelo paciente.

A relação interpessoal do estudante com a consulta, referida em uma escala de 0 a 10, obteve uma média de 8,39 (desvio padrão de 1,53), e foi considerada boa (valores de oito a dez na escala) em 80,33% das vezes. A Tabela 5 correlaciona a relação entre estudante e paciente com estado do problema que motivou consulta médica.

Tabela 5 - Correlação entre relação interpessoal e situação do problema após a consulta

| Relação interpessoal | Situação após consulta | | Total (%) |
|----------------------|------------------------|----------------|-----------|
| | Resolvido/Melhor (%) | Igual/Pior (%) | |
| Boa | 28 (62,2) | 17 (37,8) | 45 (73,8) |
| Ruim | 7 (43,8) | 9 (56,3) | 16 (26,8) |

Observa-se que quando houve relato de boa relação interpessoal a situação referida mais freqüente foi resolução/melhora. A Figura 5 mostra a correlação entre adesão à prescrição médica nos casos em que se fez necessária e relação interpessoal.

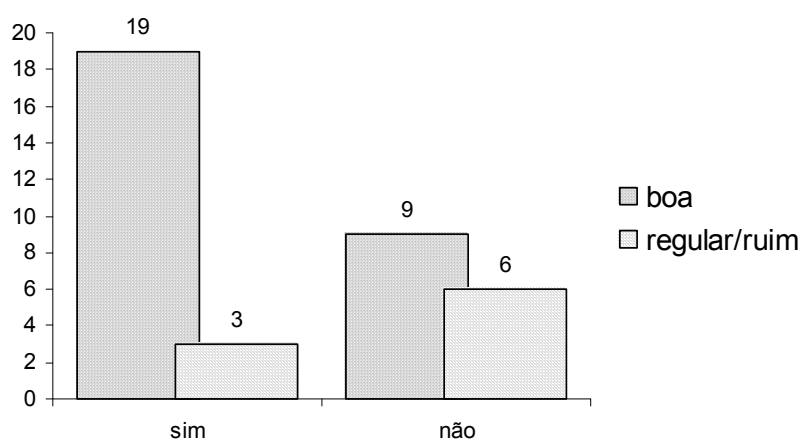


Figura 5 – Relação entre seguimento da prescrição proposta e relação interpessoal

Conforme observado na Figura 5, a percentagem de pacientes que seguiram a prescrição foi maior nas consultas onde a relação interpessoal foi boa.

Referente à situação do encaminhamento, 6 pessoas já haviam ido ao serviço referenciado (ou já estavam com a consulta marcada), sendo que três delas estavam freqüentando as sessões de acupuntura. Quatro aguardavam a resposta do CS com relação à marcação da consulta com o especialista e outros 7 haviam desistido do encaminhamento. A

desistência sempre se relacionou à acupuntura já que 5 desses pacientes relataram não haver mais disponibilidade, no mês corrente, de agendamento pois as vagas já haviam sido preenchidas. Os mesmos pretendiam conseguir a vaga no mês seguinte. Os sexto e sétimo pacientes a referirem desistência alegaram falta de disponibilidade de tempo para ir às sessões de acupuntura (não pretendiam faltar ao trabalho em razão do tratamento proposto) e descrença na eficácia do método terapêutico.

Nenhum paciente desistiu de realizar o exame complementar solicitado. Na data da entrevista domiciliar, oito dos pacientes já haviam realizado o exame conforme solicitação, cinco deles já estavam com o mesmo marcado e esperavam a data de realização. Seis usuários aguardavam a resposta do CS sobre o agendamento e sobre a data de realização do exame complementar. A Figura 6 mostra a situação dos pacientes, em média 16 dias após a consulta, no que diz respeito à situação do encaminhamento e do exame complementar, se solicitados.

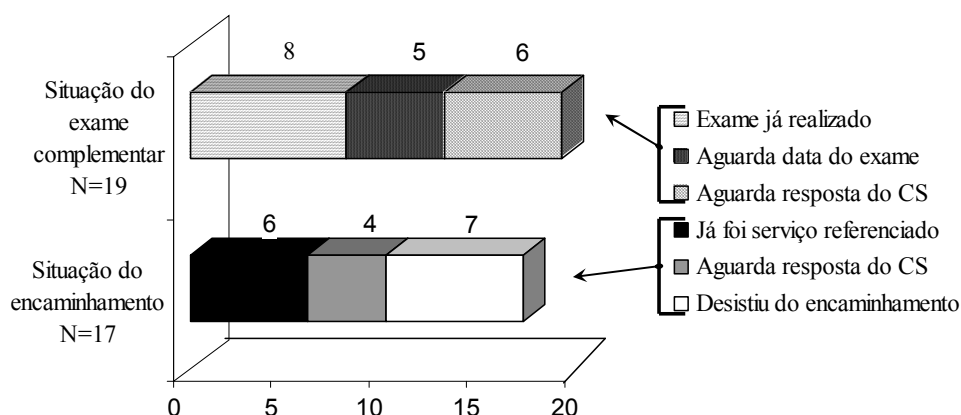


Figura 6 – Situação de encaminhamentos e exames complementares no momento da entrevista

Para 16 (26,2%) usuários, o Centro de Saúde não foi o único serviço procurado para resolver o mesmo problema. A emergência hospitalar foi utilizada por 6 pacientes. Outros 6 foram à farmácia buscar auxílio e quatro procuraram consulta particular.

4.3 Variáveis de satisfação

Houve um alto grau de satisfação relatada pelos usuários no que diz respeito ao atendimento médico. Nas oito questões que procuravam abordar o tema, mais de 90% dos pacientes relataram satisfação. Não houve relação estatisticamente significativa entre resolução ou melhora do problema e satisfação com a consulta ($p=0,494$).

Contudo, quando o assunto era marcação de consulta e setor de recepção do CSRT, houve grande número de relatos de insatisfação, como se pode ver na Tabela 6.

Tabela 6 – Satisfação dos pacientes quanto à recepção e à marcação de consultas

| Afirmação | Concordo | | Discordo | |
|---|-----------------|----------|-----------------|----------|
| | N | % | N | % |
| Gastei muito tempo na sala de espera. | 39 | 72,1% | 17 | 27,9% |
| Encontrei dificuldade em marcar consulta. | 30 | 49,1% | 31 | 50,9% |
| Não fui bem atendido pelo recepcionista. | 19 | 31,1% | 42 | 68,9% |

5. DISCUSSÃO

O Centro de Saúde do Rio Tavares recebeu, nesses 8 dias consecutivos de serviço de consulta médica prestado pelo PDA, uma população em grande parte homogênea no que diz respeito ao índice de aglomeração e heterogênea quanto à escolaridade. Contudo, cabe observar a existência de valores beirando os extremos desses dois indicadores. Como visualizado na Figura 2, podemos admitir que boa parte das pessoas atendidas referiram um índice relativo a uma boa condição de habitação.²¹ Ao mesmo tempo, apesar de presente em menor número, existem usuários que dividem seu cômodo dormitório com mais cinco pessoas e, dentro do mesmo bairro, há casas onde o índice chega a 0,5.

No que concerne à escolaridade, a amostra ficou em grande parte dividida entre usuários que cursaram todo ou parte do ensino fundamental e outro grupo com passagem pelo ensino médio. Não houve, contudo, relação direta entre baixa escolaridade e alto índice de aglomeração.

Foi observada predominância de mulheres com idade maior de 20 anos que buscam assistência no Centro de Saúde, à semelhança do estudo de Radaelli *et al.*¹³ Estes autores levantaram alguns aspectos para explicar este perfil: as mulheres estariam mais em contato com o serviço de saúde uma vez que, em geral, são elas que levam os filhos ao médico, preocupam-se com a anticoncepção e com a própria gestação. Além disso, o horário de funcionamento dos Centros de Saúde favorece o acesso da população feminina (donas de casa, diaristas e domésticas) e dificulta este mesmo acesso à população masculina, em função de seus horários de trabalho.

Os motivos de procura e diagnósticos guardam certa relação com os dados oficiais do município de Florianópolis.¹⁹ Porém, doenças bastante prevalentes nos dados oficiais como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus foram motivos pouco frequentes de consultas (uma consulta para cada entidade clínica). Este dado ganha relevância, pois o estudante de medicina conta com esta vivência para sua formação profissional. Os dados levantados com a pesquisa não permitiram levantar as razões pelas quais a HAS aparece em segundo lugar na lista de motivos de procura da PMF e somente um paciente da amostra era portador da doença. Talvez o número reduzido da amostra e o pequeno espaço de tempo do estudo tenham influenciado este resultado.

A procura por outros serviços foi relativamente alta. É importante notar que, entre os pacientes onde houve diferença entre morbidade referida e diagnóstico pronunciado pelo estudante, ou mesmo naqueles onde houve mudança da prescrição, a influência desta procura durante determinada intercorrência clínica tende a acumular efeitos de diferentes abordagens.¹⁴ Na amostra estudada pôde-se observar essas influências. Um fato comum é o relato de diferentes diagnósticos recebidos em serviços de emergência, muitas vezes explicados de forma rápida ao paciente, influenciando no seguimento de sua intercorrência e no seu entendimento sobre o problema.

A qualidade da atenção à saúde, conforme já descrito, é composta por atributos como efetividade, eficiência, otimização, legitimidade, equidade e aceitabilidade.⁶ A aceitabilidade descreve conformidade com os desejos e expectativas dos pacientes. Ela abrange várias propriedades: acessibilidade, relação médico paciente, amenidades, e as preferências dos pacientes relativas aos efeitos e custos do cuidado médico. O conceito de qualidade é fortemente ligado a estes fatores.²² Aceitabilidade é um critério adequado com o qual se acessa a qualidade da atenção à saúde do ponto de vista do paciente e é um indicador de como as pessoas avaliam as mudanças e a presente situação do sistema de saúde.^{6, 22}

Dentre os pacientes entrevistados, muitos se disseram insatisfeitos com a dificuldade em marcar consulta e com o tempo de espera, fatores que tendem a influir negativamente na acessibilidade (mostram dificuldade de acesso). A dificuldade na marcação de consultas pode guardar relação com o número de consultas disponíveis para agendamento prévio, já que seis das onze consultas por período são preenchidas pelo acolhimento. E, apesar da marcação ser facilitada para gestantes, crianças e maiores de 60 anos, a maioria das pessoas (aquela parte que não realizou o agendamento) necessita chegar ao Centro de Saúde cedo para garantir sua vaga no acolhimento.

A insatisfação com recepcionista (amenidade) foi alta. Durante a coleta dos dados coube ao entrevistador perceber que a insatisfação com o atendimento por parte do recepcionista recaiu sobre um único funcionário. Este funcionário não trabalhava no período em que o PDA realizava seus atendimentos, reforçando a teoria da influência de experiências prévias no relato da satisfação.^{5, 10, 23} Todas as entrevistas onde houve relato de insatisfação com o servidor citado anteriormente este foi precedido por comentários elogiosos sobre os demais funcionários. Esses comentários, contudo, podem refletir além da satisfação com o atendimento realizado pela maioria dos profissionais, a relação de dependência dos pacientes com os prestadores de serviço.¹⁰

Quanto aos custos da terapia proposta, foi descrito anteriormente que quase 90% dos remédios ou medicamentos prescritos foram obtidos no CSRT ou na comunidade, em parte evidenciando a cobertura da farmácia local e, em parte, demonstrando a preocupação de quem prescreve com as preferências dos pacientes. É importante destacar este aspecto. No estudo de Halal *et al.*,⁸ os pacientes que receberam toda ou parte da medicação no próprio posto tiveram uma probabilidade de 33% maior de terem seu problema resolvido ou melhorado nos quinze dias subsequentes à consulta.

A metodologia empregada no presente estudo não prevê uma análise profunda do Processo no que concerne ao nível de entendimento entre estudante, médico e paciente. Profundidade esta possivelmente alcançável por uma metodologia qualitativa.^{4, 24} Mas algumas especulações podem ser aferidas.

Ao correlacionar as variáveis do atendimento e tratamento clínico com aquelas fornecidas pelo paciente dias após a consulta médica, pôde-se constatar que na maioria dos atendimentos (72%), o motivo principal da procura interpretado pelo estudante e o motivo de procura referido pelo paciente eram iguais. O mesmo ocorreu com diagnóstico pronunciado pelo estudante e pelo médico, o qual foi compatível com o referido por estes usuários dias após a consulta. Esta mesma porção de pacientes seguiu o tratamento proposto, contribuindo para a especulação de que a compreensão e o bom vínculo médico-paciente são fundamentais para a boa adesão à terapêutica.²⁰

Quando se analisam as variáveis de relação interpessoal referidas pelos estudantes e a alta satisfação com o atendimento médico por parte dos pacientes, pode-se supor um bom vínculo estabelecido entre os sujeitos. Tanto nas Tabelas 3 e 4, quanto na análise individual dos pacientes do grupo C, pôde-se verificar a influência da relação interpessoal nos aspectos de entendimento e adesão. Contudo, é com muito cuidado que se deve analisar a satisfação dos usuários.

Estudos de satisfação do paciente costumam sugerir que a qualidade da interação entre o médico e o paciente é o mais forte preditor da satisfação média com o serviço.²⁵ As qualidades do médico de empatia, como se mostrar interessado e compreensivo, escutando e respeitando os pacientes são qualidades importantes para a satisfação do paciente.^{5, 10, 25} Outros quesitos de comunicação, como compartilhar as informações com os pacientes e envolvê-los nas decisões sobre o tratamento, são também importantes para o relato de satisfação.²⁵

Coyle e Williams²⁵ sugerem que o paciente foca mais sua atenção em aspectos relacionados à relação interpessoal, porque os pacientes presumem que o médico já é capaz tecnicamente de tratá-lo.

Sitzia e Wood⁵ apontam que quanto mais a performance do médico vai ao encontro das expectativas dos pacientes, maior satisfação com o atendimento será relatada pelo paciente. Segundo o mesmo autor, pacientes com baixas expectativas tendem a revelar maior satisfação.

Como se pode observar na distribuição dos pacientes em faixas etárias, boa parte deles possuem idade acima de 30 anos. Sitzia e Wood⁵ e Batchelor *et al.*¹⁰ sugerem, ao revisar diversos estudos de satisfação, que pessoas com maior idade tendem a responder maior satisfação do que os jovens. Talvez porque os mais velhos experimentaram períodos anteriores da história da atenção à saúde (p.ex. períodos em que a dificuldade de acesso ou precariedade dos serviços eram mais proeminentes) e por isso tenham menores expectativas.⁵

Alguns estudos reproduzem esse modelo onde a satisfação resulta do preenchimento das expectativas dos pacientes.^{5, 17} Esse modelo logicamente presume que a insatisfação irá resultar da falha em preencher essas expectativas. Mas Coyle e Williams²⁵ encontraram em muitos estudos uma relação ambivalente, ou nenhuma relação, entre expectativas e satisfação. Algumas pesquisas mostram que altos níveis de satisfação continuam a ser expressados mesmo que as expectativas não tenham sido alcançadas.^{5, 23} Obviamente este modelo é inadequado pois presume que qualquer experiência que difere daquela imaginada pelo paciente irá resultar em insatisfação, mesmo que a experiência tenha sido melhor do que a esperada.²⁵

Outros aspectos importantes quanto ao alto grau de satisfação com relação ao atendimento médico podem ter relação com diferentes tipos de viés. Os pacientes podem reportar maior satisfação por acreditarem que comentários positivos serão mais aceitáveis aos realizadores da pesquisa.⁵ De outra forma, o viés de interesse individual presume que os pacientes podem relatar satisfação para benefício próprio ou da comunidade.²⁰ Importante notar que boa parte dos funcionários do CSRT são moradores do bairro.

Um terceiro possível viés estaria na propensão a respostas de satisfação como um meio de justificar o tempo e esforço que os pacientes investiram no seu tratamento dentro do serviço de saúde.⁵ Esforço este reforçado pelos altos índices de insatisfação com o tempo de espera na recepção e com a dificuldade em marcar consulta, além da demora, em alguns casos, na marcação de exames complementares e encaminhamentos.

A indiferença também pode influenciar nas respostas já que os pacientes podem sentir que os problemas não são remediáveis e assim não existiria nenhum sentido em comentar sobre eles, seja porque o problema é muito trivial ou talvez muito grande.⁵

Por fim, o conceito de insatisfação pode não refletir o extremo oposto da satisfação. Pelo contrário. O relato de satisfação obtido com o uso de instrumentos similares ao utilizado neste estudo pode coexistir com a insatisfação, já que a opinião do paciente sobre um determinado assunto geralmente não se restringe a uma única frase, envolvendo aspectos extremamente subjetivos. O conceito da “não-satisfação”²⁵, sugere que esta se trata do resultado de uma transformação subjetiva e progressiva, envolvendo a cristalização de uma emoção forte, vaga, indiferenciada e negativa, experimentada imediatamente, em uma interpretação negativa mais duradoura do evento vivido, ou seja, a real insatisfação.

5.1 Considerações finais

Sem dúvida alguma, existe uma grande dificuldade metodológica de se medir o impacto de serviços de saúde sobre o componente Resultado. Esta dificuldade é proveniente dos próprios determinantes do processo saúde/doença que transcendem aqueles com origem exclusivamente na atenção médica.¹⁴

Em razão de sua própria natureza, isto é, a heterogeneidade da demanda e o prognóstico extremamente variado, com elevada proporção de afecções autolimitadas, no setor primário a avaliação dos benefícios para o paciente, a médio e longo prazo, sempre constituirá um problema.²⁰

Ao longo da pesquisa foi possível notar a indissociabilidade entre os componentes da avaliação da qualidade da atenção à saúde Estrutura-Processo-Resultado. Característica também marcante em outros estudos.^{8, 14} Contudo, é importante notar que as teias que unem Estrutura, Processo e Resultado são bastante frágeis, uma vez que tanto a existência de melhores condições de Estrutura podem ser mal empregadas quanto a excelência profissional pode resultar em benefícios, mesmo em situações adversas.⁹

A abordagem quantitativa utilizada neste estudo teve como objetivo uma aproximação inicial com o objeto da avaliação, que é descrito e explicado parcialmente. Tanaka⁴ justifica a utilização desta abordagem pelo fato de existir uma certa disponibilidade de dados nos serviços e uma familiaridade que a maioria dos técnicos possui com os números. O mesmo autor acrescenta que, havendo a necessidade de avançar no significado e na interpretação do fenômeno estudado a abordagem qualitativa deve ser utilizada.^{4, 15} Seguindo o mesmo raciocínio, cabe ressaltar a importância do método qualitativo numa abordagem aprofundada

sobre o tema da satisfação e, partindo dos dados levantados neste estudo, permitir a análise dos fatores que influenciam o que Coyle chamou de “não-satisfação”.²⁵

6. CONCLUSÃO

1. Ao correlacionar dados do atendimento e tratamento clínico com aqueles fornecidos pelo paciente após a consulta médica pode-se constatar que na maioria das vezes houve concordância entre motivo principal da procura, morbidade referida e diagnóstico.
2. Na maioria das vezes houve adesão ao tratamento proposto;
3. Em média de dezesseis dias após a consulta, a maioria dos pacientes que receberam pedido de exame complementar ainda não o havia realizado;
4. Dos pacientes encaminhados à acupuntura, mais da metade deles encontraram falta de vagas para o mês corrente;
5. Dos pacientes encaminhados a outros serviços, metade deles já haviam ido ao serviço referenciado;
6. Praticamente um terço dos pacientes referiram procura por outros serviços, dentre eles destacam-se emergência hospitalar, farmácia e consulta particular;
7. A satisfação com o serviço ambulatorial médico foi alta;
8. Cerca de metade dos pacientes disseram-se insatisfeitos com dificuldade em marcar consulta, atendimento por parte do recepcionista e tempo de espera;
9. O estudo cumpre seu papel em retro-alimentar o PDA com informações acerca do serviço prestado pela equipe;
10. Os dados do estudo permitem, dentro das limitações inerentes, orientar o planejamento do serviço de Atenção Primária à Saúde, bem como a realização de outros estudos a fim de aprofundar seus achados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medeiros JE. Descentralizando e democratizando o conhecimento: coletânea da legislação do SUS. 1 ed. Porto Alegre; 1994.
2. Ministério da Saúde. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(4): 449-59.
3. Cesar CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cad Saude Publica. 1996;12(2):59-70.
4. Tanaka OU. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um Modo de Fazer. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
5. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997; 45(12): 1824-43.
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12): 1743-8.
7. Henrique F. Avaliação do programa saúde da família e sua associação com indicadores demográficos, políticos e econômicos, nos municípios do estado de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC; 2006.
8. Halal IS, Sparrenberger F, Bertoni AM, Ciacommet C, Seibel CE, Lahude FM, *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. Rev Saude Publica. 1994;28(2):131-6.
9. Reis EJFB. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad de Saude Publica. 1990; 6(1): 50-61.
10. Batchelor C, Owens DJ, Read M. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. Int J Health Care Qual Assur. 1994; 7(7): 22-30.
11. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004; 4(3): 317-21.
12. Cesar CLG, Figueiredo GM, Westphal MF, Costa MZA, Gattás VL. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. Rev Saude Publica. 1996; 30(2): 153-60.
13. Radaelli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM, *et al.* Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev Saude Publica. 1990; 24(3): 232-40.

14. Madureira PR, Capitani CEM, Campos GWS. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. *Cad Saude Publica*. 1989; 5(1): 45-59.
15. Tanaka OU, Rosenberg CP. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). *Rev Saude Publica*. 1990; 24: 60-8.
16. Hopton JL, Dlugolecka M. Need and demand for primary health care: a comparative survey approach. *Br Med J*. 1995; 310: 1369-73.
17. Margolis SA, Al-Marzouqi S, Revel T. Patient satisfaction with primary health care in the United Arab Emirates. *Int J Qual Health Care*. 2003; 15(3): 241-9.
18. Salisbury C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. *Br Med J*. 1997; 314: 1594-600.
19. [Pmf.sc.gov.br/saude](http://www.pmf.sc.gov.br/saude) [homepage na Internet]. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis; c2000-01 [atualizada em 2006 abril 20; acesso em 2006 abril 25]. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude>.
20. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I – A satisfação do usuário. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(3): 623-8.
21. Tomasi E, Barros FC, Victora CG. Situação sócio-econômica e condições de vida: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 1996; 12(1): 15-9.
22. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. *Int J Qual Health Care*. 2000; 12(6): 503-9.
23. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care*. 1999; 11(4): 319-28.
24. Delbanco T. Quality of care through the patient's eye. *Br Med J*. 1996; 313: 832-5.
25. Coyle J, Williams B. Seeing the wood for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *Int J Health Care Qual Assur*. 1999; 12(4): i-ix.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo inicial de pesquisa preenchido pelo estudante de medicina

- Residente no Rio Tavares: ☐ sim ☐ não
- Data: ____ / ____ / ____.
- N° do prontuário: _____.
- Telefone: _____.
- Idade: _____ anos.
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
- Queixa principal: _____.
- Diagnóstico principal: _____.
- Prescrição de medicamentos ou remédios: ☐ sim ☐ não
- Medicamento 1: _____ . Tempo de tratamento: _____.
- Como usar? _____.
- Medicamento 2: _____ . Tempo de tratamento: _____.
- Como usar? _____.
- Medicamento 3: _____ . Tempo de tratamento: _____.
- Como usar? _____.
- Sementes: ☐ sim ☐ não
- Solicitação de exames complementares: ☐ sim ☐ não
- Encaminhamento para outra especialidade: ☐ sim ☐ não
- Encaminhamento para acupuntura: ☐ sim ☐ não
- Prognóstico esperado:
 - cura
 - melhora
 - imprevisível
 - piora
 - Impossibilidade de modificação
- Escala de relação interpessoal na consulta:
- Insatisfeito Muito satisfeito
 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

ANEXO II

Questionário realizado 16 dias após a consulta no domicílio do paciente

Data: ____ / ____ / ____

Endereço: _____.

Nome: _____.

➤ Escolaridade do paciente se maior de 18 anos:

☐ Analfabeto ☐ Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior

➤ Escolaridade do chefe da família se paciente menor de 18 anos:

☐ Analfabeto ☐ Fundamental ☐ Ensino Médio ☐ Ensino Superior

➤ Numero de pessoas na casa: _____. Número de dormitórios no domicílio: _____.

➤ Quanto tempo leva para chegar ao centro de saúde a partir de sua casa?

☐ Menos de 5 minutos ☐ Entre 6 e 15 minutos

☐ Entre 16 e 30 minutos ☐ Mais de 30 minutos

➤ Principal meio de locomoção até o Centro de Saúde:

☐ A pé ☐ Carro ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Outro: _____.

➤ Qual o motivo que o fez procurar o Posto de Saúde?

○ _____.

➤ Qual o problema encontrado na consulta do posto de saúde naquele momento?

○ _____.

➤ Situação do problema:

☐ Resolvido ☐ Melhor ☐ Igual ☐ Pior

➤ (Se encaminhado) – situação do encaminhamento?

☐ Já fui ao especialista ☐ Já está agendado

☐ Aguarda resposta do CS ☐ Desistiu

Motivo? (se ainda não agendado, desistiu, não foi/não irá)

_____.

➤ Se solicitado exames complementares:

☐ Já realizado ☐ Já está agendado

☐ Aguarda resposta do CS ☐ Desistiu

Motivo?

_____.

➤ Procurou outros serviços para resolver o mesmo problema:

☐ Habitante da comunidade ☐ Consulta particular ☐ Emergência

☐ Entidade religiosa ☐ Farmácia

Observações: _____

➤ Situação da prescrição de medicamentos/remédios:

• Medicamento 1: _____.

Tempo de tratamento: _____.

Forma de uso: _____.

Se não utilizou, por quê?

Utilizou por tempo incorreto, por quê?

Utilizou da forma errada, por quê?

Recebeu o medicamento/remédio no posto? ☐ Sim ☐ Não

Comprou o medicamento/remédio? ☐ Sim ☐ Não

Conseguiu na comunidade? ☐ Sim ☐ Não

• Medicamento 2: _____.

Tempo de tratamento: _____.

Forma de uso: _____.

Se não utilizou, por quê?

Utilizou por tempo incorreto, por quê?

Utilizou da forma errada, por quê?

Recebeu o medicamento/remédio no posto? ☐ Sim ☐ Não

Comprou o medicamento/remédio? ☐ Sim ☐ Não

Conseguiu na comunidade? ☐ Sim ☐ Não

| Afirmação | Concordo | Discordo |
|--|----------|----------|
| Encontrei dificuldade em marcar consulta. | | |
| Gastei muito tempo na sala de espera. | | |
| Não fui bem atendido pelo recepcionista. | | |
| Não fui bem recebido pelo estudante/médico. | | |
| Ele não deu atenção às minhas queixas | | |
| Não fui bem examinado. | | |
| O estudante/médico não me inspirou confiança. | | |
| Não confio na receita. | | |
| Não fiquei satisfeito com as explicações que me foram dadas. | | |
| O estudante/médico não me disse o que fazer se não melhorasse. | | |

Observações: _____
